WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XIII 1942 NUMER 10

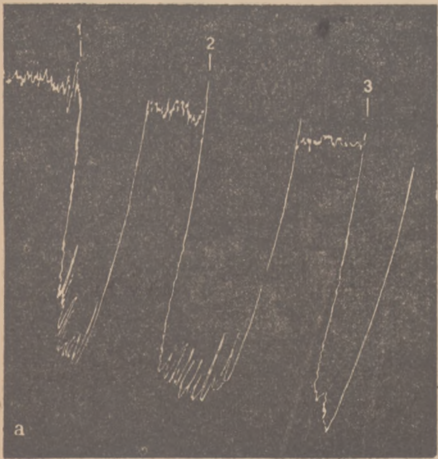
Dr O. SCHAUMANN, Laboratorium Farmakologiczne I. G. Höchst.

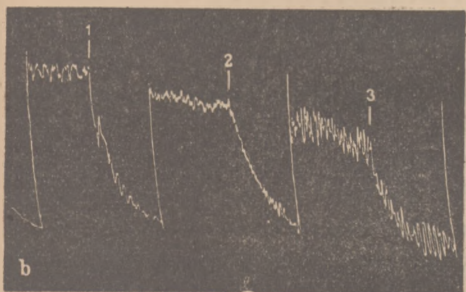
O NOWEJ GRUPIE POŁĄCZEŃ OBDARZONYCH DZIAŁANIEM PRZECIWKURCZOWYM I OŚRODKOWO ZNIECZULAJĄCYM ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ESTRU ETYLOWEGO KWASU METYLFENYLPIPERYDYNOKARBONOWEGO (DOLANTIN)

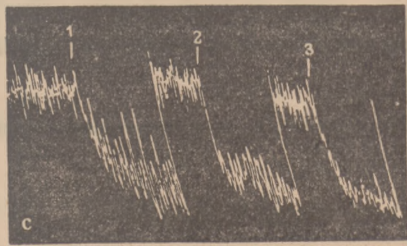
(Referat podług Arch. exp. Path. u. Pharm. 1940, t. 196).

Dolantin wywiera na jelito wyraźne działanie spazmolityczne; analogiczny efekt przeciwkurczowy zaznacza się również pod wpływem zastosowania Dolantinu w dychawicy histaminowej u świnek morskich. Zapobiegawcze wstrzykiwania Dolantinu wybitnie zmniejszają skurcz histaminowy mięśni oskrzelowych. źrenica ulega pod wpływem Dolantinu (3 mg na kg wagi kota) rozszerzeniu, wydzielanie śliny, wywołane pilokarpiną u królika, zostaje znacznie zahamowane po podskórnym zastosowaniu 20 mg Dolantinu na kg. Na sercu żaby zaznacza się antagonistyczny wpływ względem acetylcholiny (hamowanie nerwu błędnego). Zawartość cukru we krwi (u królika) nie ulega pod wpływem Dolantinu żadnym zmianom lub też bardzo nieznacznie zwiększa się. Bardzo duże dawki podwyższają nieco ciepłotę ciała. Podczas gdy spazmolityczne działanie Dolantinu należy ujmować jako wpływ mięśniowo-neurotropowy, to działanie znieczulające zależne jest od czynników ośrodkowych; posiada ono charakter podobny do morfiny, jednakowoż z znacznie mniejszym działaniem narkotycznym. Wpływ znieczulający znajduje potwierdzenie również w doświadczeniach na zwierzętach, u których Dolantin doprowadza do osłabienia reakcji bólowej podczas szczypania pincetą nasady ogona wzgl., jak np. u królików, obniża czucie rogówki. Dawki 2 mg na kilogram wagi ciała były na ogół dobrze znoszone przez zwierzęta laboratoryjne. Badania porównawcze nad Dolantinem, morfiną i piperydynami pozwalają stwierdzić, że ośrodkowe

znieczulające działanie morfiny najwidoczniej jest związane z grupą 1-metyl-4-fenylpiperydyny i nie zależy od uwodorodnionych systemów pierścieniowych fenantrenu lub izochinoliny. Dlatego też *Schaumann* pod względem farmakologicznym ujmuje morfinę jako pochodną 4-fenylpiperydyny.







Izolowane jelito grube świnki morskiej w 50 cm³ roztworu Tyrode przy 37°.

a) Jelito pod wpływem działania tonicum (chlorowodorek karbaminoilcholiny) $1:10^{-7}$; przy 1) dodatek 0,05 γ atropiny, przy 2) Dolantin (10 γ), przy 3) dodatek 300 γ papaweryny.

b) Jelito pod wpływem tonizacji $BaCl_2$ 10^{-4}, przy 1) dodano 10 mg atropiny, przy 2) Dolantin (0,5 mg) oraz przy 3) papaweryna (0,2 mg).

c) Jelito pod wpływem tonizacji histaminą 2x2. 10^{-7}; następnie przy 1) atropina (40 γ), przy 2) Dolantin (10 γ) oraz przy 3) papaweryna (100 γ).

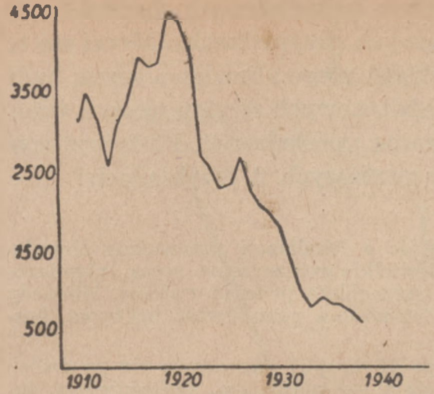
Widać wyraźnie spazmolityczne działanie Dolantinu (w porównaniu z atropiną i papaweryną).

Dr F. REYMANN, Kopenhaga.

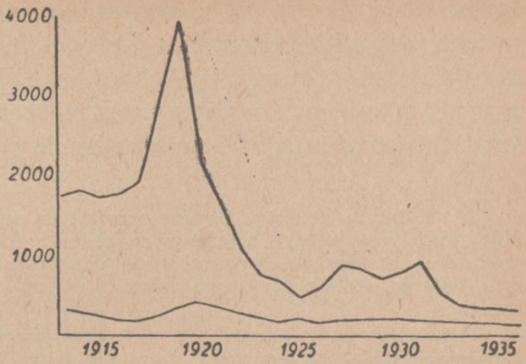
KIŁA W DANII I SZWECJI

(Referat podług Ugeskr. f. Laeg. 1941, nr. 5).

Od zakończenia wojny światowej (1920) rozpowszechnienie kiły stale się zmniejsza. Częściowo zjawisko powyższe zależy od tego, że każdy chory szybko zostaje poddany leczeniu Salvarsanem. Badania z lat 1937 — 1938 stwierdziły, iż większa część świeżych przypadków kiły zostaje zawleczona z zagranicy. Tak więc w latach 1937 i 1938 spostrzegano 627 świeżych przypadków kiły, w tej liczbie 269 (42,9%) nabytych zagranicą; 70% powyższych chorych powróciło w stanie jeszcze zaraźliwym do



Kiła nabyta w Danii, mężczyźni i kobiety.



Świeża kiła u mężczyzn w Szwecji. Górna krzywa obrazuje ogólną liczbę, dolna — liczbę przypadków kiły importowanej.

swej duńskiej ojczyzny. 87% zakażonych stanowili marynarze. U osób zakażonych zagranicą stwierdzono, iż powrót następował w 1 — 5 lat po zakażeniu. Ryciny uwidoczniają rozpowszechnienie oraz zmniejszenie się liczb przypadków kiły w Danii i Szwecji oraz stosunek kiły importowanej do nabytej na miejscu.

Dr I. PILTZ, Grafenhof, Szbg.

O LECZENIU MIAŻDŻYCY NACZYŃ WIEŃCOWYCH

(Referat podług Rev. Prog. Thér. 1938, nr. 5).

Leczenie starzejącego się serca oraz objawów towarzyszących zostało znacznie wzbogacone dzięki wprowadzeniu przetworu Lacarnol. We wszelkich rozpoczynających się uszkodzeniach mięśnia sercowego, wywołanych niedostatecznym jego ukrwieniem, Lacarnol hamuje dalszy postęp sprawy chorobowej, która nie osiąga już tak znacznych rozmiarów jak w przypadkach nie leczonych. Działanie Lacarnolu jest najwidoczniejsze w razie istniejących już zaburzeń przewodnictwa. Nieodzownym warunkiem powodzenia jest dostatecznie długie kontynuowanie leczenia, pod wpływem którego u większości chorych dochodzi do znacznej poprawy czynności serca, przy czym rytm zbliża się znowu do stanu prawidłowego, objawy duszznicowe znikają, podobnie jak i objawy przekrwienia biernego w obrębie układu krążenia oraz przewodu pokarmowego; równocześnie zwiększa się zdolność oddziaływania na środki nasercowe i naczyniowe oraz wzrasta

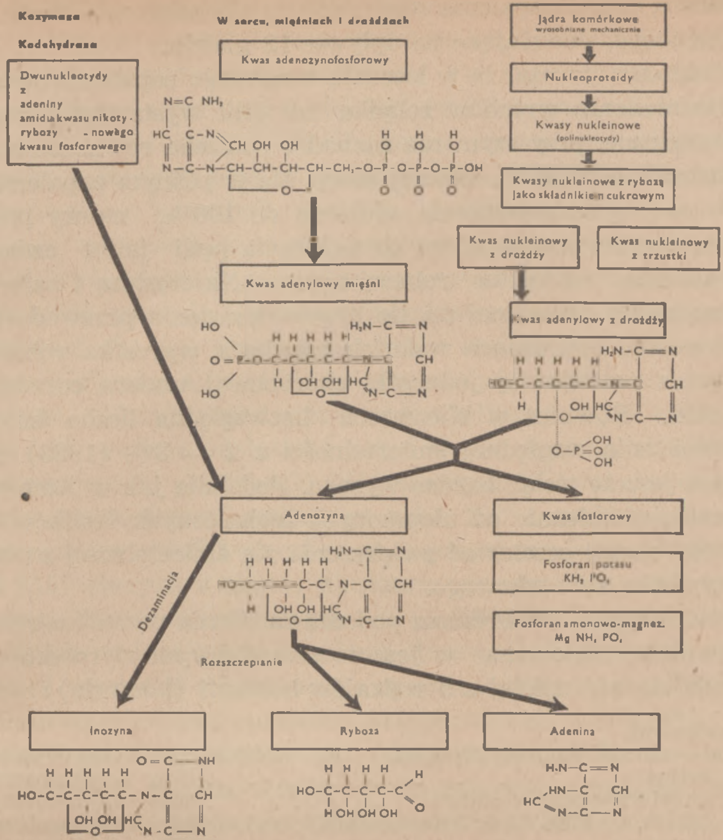
ogólna sprawność ustrojowa. Pod względem podmiotowym stwierdza się bardzo dużą ulgę nawet w bardzo uporczywych przypadkach. Odnosi się to do tych wszystkich chorych, u których wskutek złego ukrwienia serca, bądź to na tle stanów kurczowych, bądź też miażdżycowych zwężeń naczyń wieńcowych, odżywianie mięśnia ulega znacznemu upośledzeniu. Powyższe spostrzeżenia znajdują swe potwierdzenie w poniższych 2 przykładach:

1. 70-letnia kobieta. Ogólna miażdżyca tętnic o lokalizacji przeważnie obwodowej; miażdżyca naczyń wieńcowych serca. Niewielkie rozszerzenie serca, niemiarowość, uczucie ucisku, chwilami silna duszność, szczególnie podczas ruchów. Niekiedy silne bóle w okolicy serca połączone z potami, wzmożona pobudliwość nerwowa, bezsenność.

Pod wpływem Lacarnolu (3 razy dziennie po 15 kropli) zaznaczyła się po dwóch tygodniach widoczna poprawa. Czynność serca stała się wolniejsza, spokojniejsza, dolegliwości dusznicowe nie pojawiają się już w tak ostrej formie i są rzadsze. Utrzymujący się poprzednio stale ucisk w klatce piersiowej ustąpił całkowicie po upływie dalszych 4 tygodni. Stan ogólny już od roku nie był ani razu tak dobry jak po leczeniu Lacarnolem.

2. Kobieta 64-letnia. Od roku zawroty i bóle głowy. Częste, szczególnie w nocy występujące bóle w okolicy serca, niemiarowość czynności serca, uczucie ucisku w klatce piersiowej. Równocześnie istnieje stare zapalenie wsierdzia z lekkimi objawami przekrwienia biernego; bezsenność. Pod wpływem Lacarnolu powolna poprawa, której towarzyszy bardzo znaczne uspokojenie podmiotowe. Po przyjęciu 100 cm^3 Lacarnolu (3 razy po 15 kropli dziennie) pacjentka czuje się już znacznie lepiej; przede wszystkim odczuwa wybitną ulgę z powodu ustąpienia niepokojących dolegliwości dusznicowych. Zawroty i bóle głowy są słabsze, sen uległ również poprawie. Powyższy wynik udało się osiągnąć dopiero wówczas, gdy pacjenka przeszła na stosowanie Lacarnolu po całymi miesiącami trwającym i bezskutecznym leczeniu naparstnicą oraz ciałami purynowymi.

Wybitniejszej poprawy pod wpływem Lacarnolu nie można oczekiwać w przypadkach, w których występują równocześnie wyraźne objawy zwyrodnienia mięśnia sercowego, niedomykalności zastawki dwudzielnej, niewydolność krążenia, sinica, zwiększające się objawy przekrwienia biernego, niemiarowość, dusznica, znaczne upośledzenie ogólnej sprawności ustrojowej a nawet wole, jak to spostrzegaliśmy u pewnej 67-letniej pacjentki. Pierwszeństwo należy oddać tutaj naparstnicy oraz lekom zwiększającym sprawność krążenia. Pomimo tego jednak Lacarnol, zastosowany w odpowiednich wskazaniach, jest znakomitym środkiem wzmacniającym siły starzejącego się serca.



Schemat substancji czynnych wchodzących w skład Lacarnolu oraz ich przemian ustrojowych.

Prof. dr W. LÖHR, Klinika Chirurgiczna Szpitala Miejskiego, Magdeburg-Sudenburg.

PRZYCZYNEK DO ETIOLOGII ZAPALENIA OTRZEWNEJ, ZWŁASZCZA ZAPALENIA OTRZEWNEJ POCHODZENIA WYROSTKOWEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM LECZENIA SUROWICĄ

(Referat podług Arch. klin. Chir. 1939, t. 197).

Można odróżnić 3 postacie zapalenia otrzewnej na tle przedziurawienia wrzodów żołądka lub jelit:

1. zapalenie otrzewnej chemiczne, niebakteryjne,

2. łagodne zapalenie otrzewnej na tle zakażenia florą bakteryjną jelita cienkiego,

3. złośliwe, późne zapalenie otrzewnej na tle zakażenia florą bakteryjną jelita grubego, powstające po upływie 12 godzin.

Doświadczenie poucza, że w leczeniu wczesnego zapalenia otrzewnej na tle przedziurawienia wrzodów żołądka lub jelit wystarczają zupełnie zabiegi chirurgiczne, przy czym nie zachodzi potrzeba równoczesnego stosowania surowicy ochronnej. Inaczej dzieje się w późnym zapaleniu otrzewnej, które ze swą śmiertelnością, zbliżoną do 100%, należy postawić na równi z zapaleniem otrzewnej na tle pęknięcia pętli jelita czczego oraz przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Najczęstszą i najważniejszą postacią zapalenia otrzewnej na tle przedziurawienia przewodu pokarmowego jest postać powstająca wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. W Ameryce z powodu tej jednostki chorobowej umiera corocznie około 20 000 ludzi. Również w Niemczech bezwzględna liczba śmiertelności [pomimo obniżenia względnej śmiertelności z 2 — 3% (1923) na 1,58% (1933)] jest jeszcze wciąż bardzo wysoka. Podobnie jak w Ameryce tak i w Niemczech, niezależnie od ulepszonych technicznych środków pomocniczych, należy raczej oczekiwać zwiększenia się śmiertelności z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Flora bakteryjna, stwierdzana podczas zapalenia wyrostka robaczkowego jak również znajdowana w jeszcze prawidłowym wyrostku robaczkowym, składa się najczęściej z 9 rodzajów bakterii (hodowla):

Bakterie beztlenowe			
1.	Pałeczka zgorzeli gazowej Fraenkla (bac. Welchii)	79%	(chorobotwórcza)
2.	Bac. tertius	37%	(niechorobotwórczy)
3.	Bac. multifermentans tenalbus	35%	(niechorobotwórczy)
4.	Bac. putrificus tenius (Bac. bifermentans) . . .	24%	(niechorobotwórczy)
5.	Bac. sphenoides	22%	(niechorobotwórczy)
Bakterie tlenowe			
6.	Grupa pałeczki okrężnicy łącznie z bac. lactis aerogenes i pneumobact. Friedländer	94%	(chorobotwórcze)
7.	Streptococcus acidi lactici (enterococcus) . . .	65%	(niechorobotwórczy)
8.	Pałeczki błonicy	75%	(niechorobotwórcze)
9.	Grzybki promienicy, przeważnie beztlenowe, rzadziej tlenowe	77%	(niechorobotwórcze)

Obok tego niekiedy stwierdza się wielką liczbę innych rodzajów bakterii. *Löhr* jeszcze w r. 1930 określił bakteriologicznie 29 różnych rodzajów, wśród których wymienić należy: streptococcus haemolyticus (5%, przy badaniu na świeżo: 13%), pneumococcus (4%, przy badaniu na świeżo: 7%), streptococcus viridans (6%), delikatnie rosnące paciorkowce nie hemolizujące (5%) oraz streptococcus putridus (5%). W przeciwstawieniu do poglądów *Aschoffa* i in., w zapaleniu otrzewnej pochodzenia wyrostkowego nie udało się dowieść pod względem bakteriologicznym szczególnej działalności chorobotwórczej enterokoków. Rzecz oczywista, że duże znaczenie posiada tutaj również podanie dokładniejszych danych o poszczególnych grupach chorobotwórczych paciorkowców, w szczególności zaś o grupie A *(Lancefield)*, która obejmuje chorobotwórcze dla człowieka paciorkowce hemolityczne. Istnieje co najmniej 30 różnych typów paciorkowców grupy A. Typy te odróżniają się pomiędzy sobą charakterystycznymi składnikami, których nie można określić ściśle na drodze precypitacji oraz aglutynacji; w celu otrzymania dokładnych wyników należy posługiwać się tu uodpornianiem myszy.

Zgodnie z doświadczeniami *Löhra* i in., spośród dających się stwierdzić zarazków zapalenia otrzewnej wchodzą w rachubę w pierwszym rzędzie

pałeczki okrężnicy najróżniejszego rodzaju, natomiast wśród beztlenowców — trujące lecz obdarzone zmienną zjadliwością pałeczki *Welch-Fränkla* oraz łańcuszkowce hemolizujące (w ich liczbie znów wyłącznie grupa A (podług *Lancefielda)*, niekiedy również pneumokoki. Surowica przeciw zapaleniu otrzewnej Behringwerke, stanowiąca mieszaninę surowicy przeciw pałeczkom okrężnicy oraz *Welch-Fränkla* (dodatki surowicy paciorkowcowej nie przynosiły żadnych wyników), jest pod względem swego składu całkowicie zgodna z przytoczonymi badaniami. Od r. 1931 *Löhr* leczył wielu chorych przy pomocy surowicy, kierując się zwykłymi wskazaniami do wycięcia wyroska robaczkowego oraz operacji przy zapaleniu otrzewnej. Od tego czasu zaszły pewne zmiany o tyle, że surowica została znacznie ulepszona, ponadto zaś stosowane początkowo dawki okazały się zbyt małe. Obawa przed wstrząsem anafilaktycznym ciężko chorych pacjentów nie powinna odstraszać przed dootrzewnym i dożylnym stosowaniem surowicy. Po przejrzeniu 4416 własnych historii chorób pacjentów z zapaleniem wyrostka robaczkowego z lat 1925 — 1939 *Löhr* stwierdza względnie mało przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, tak że wśród 3157 chorych z okresu niestosowania surowicy, bądź też jej niedostatecznego dawkowania, jedynie 241 = 7,6% ogółu operowanych przechodziło ciężkie rozlane ropne zapalenie otrzewnej. W dalszym ciągu wśród 1259 zapaleń wyrostka robaczkowego operowanych od roku 1937, to zn. w okresie masowego leczenia surowicą, jedynie 64 razy (= 5,08%) wywiązało się rozlane zapalenie otrzewnej, a więc powikłanie to stało się jeszcze rzadsze. Natomiast nie ma różnicy w śmiertelności pomiędzy okresem, w którym surowicy nie stosowano (1925 — 1930) a okresem (1931 — 1936), podczas którego stosowano surowicy zbyt mało (najwyżej 30 — 40 cm³ zazwyczaj podskórnie lub domięśniowo). Przeciwnie, w okresie niedostatecznego leczenia surowicą niektóre roczne liczby śmiertelności są nawet większe niż stwierdzone w czasie, w którym surowicy nie stosowano. Pozostaje natomiast rzeczą niewątpliwą, że śmiertelność obniżyła się prawie o 20% od chwili wprowadzenia intensywnego leczenia surowicą, podczas którego stosuje się po operacji łącznie nawet powyżej 400 cm³ surowicy dootrzewnie, następnego zaś dnia dożylnie. *Löhr* wstrzykuje zazwyczaj po operacji 40 cm³ (niekiedy również więcej) równocześnie wprowadza dożylnie dalszych 40 cm³ za pośrednicwem infuzji kroplowej z roztworu soli kuchennej + dodatek wapnia (glukonian wapnia). Tego samego dnia lub na następny dzień stosuje się 2 × po 40 cm³ surowicy dożylnie w postaci kroplówki, tak że pacjenci stale otrzymują surowicę.

Löhr jest przekonany, że poprawę swej statystyki śmiertelności o 18% zawdzięcza on stosowanemu obecnie szeroko przez siebie leczeniu surowicą; pogląd ten wydaje się autorowi tym bardziej słuszny, że pozostałe metody lecznicze w ciągu minionych lat nie uległy żadnej zmianie, wobec czego

pomyślniejszych wyników operacyjnych nie można wiązać z ulepszoną pielęgnacją pooperacyjną. Opieka nad chorymi po operacji od szeregu lat polega na starannym wzmacnianiu serca oraz wystarczającym dowozie płynów, które powinny być wprowadzane nie tyle w postaci większych wlewań dożylnych (obciążenie krążenia), ile raczej jako kroplówki dożylne *Friedmanna* lub lewatywy kroplowe. Do infuzji dożylnych *Löhr* dodaje surowicę, (która niekiedy powinna być stosowana aż do 8. dnia po operacji), przede wszystkim zaś leki nasercowe. Równocześnie stosuje się środki pobudzające ruchy robaczkowe jelit, zwłaszcza jednak wstrzykuje się również dożylnie stężone roztwory soli kuchennej. Dawniej i obecnie jeszcze widział *Löhr* dobre wyniki po niewielkich przetoczeniach krwi w ilości nie większej niż 200 cm^3.

Niektórzy lekarze obawiają się wstrząsu anafilaktycznego wobec istotnie dużych dawek surowicy. Tutaj oczywiście można jedynie oprzeć się na doświadczeniu. *Löhr* nie miał ani jednego śmiertelnego przypadku pod wpływem wstrząsu anafilaktycznego. Wstrząs anafilaktyczny obserwował *Löhr* jedynie 2-krotnie; jeden raz było to przed prawie 20 laty, gdy jako asystent pewnej kliniki kilońskiej pomimo desensybilizacji podług *Besredki*, stwierdził objawy wstrząsowe po dożylnym wstrzyknięciu już niewielkiej dawki surowicy błoniczej; drugi analogiczny przypadek zdarzył się u pacjenta, któremu bezpośrednio po operacji raka odbytnicy wstrzyknięto dużą dawkę surowicy już po przebudzeniu z narkozy. Dlatego też w celu uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego przyjęło się wstrzykiwanie surowicy już podczas operacji u głęboko uśpionych pacjentów; również powtórne wstrzyknięcie surowicy, nadzwyczaj dokładnie rozcieńczonej podczas kroplówki dożylnej nie doprowadziło nigdy do jakichkolwiek poważniejszych powikłań.

Wysypki posurowicze (prawdopodobnie około 13%) oraz niekiedy (dawniej znacznie częściej niż obecnie) objawy stawowe można szybko usunąć przy pomocy salicylanów, przede wszystkim zaś wapnia (dożylnie). Z tego samego względu poleca się również dodać wapń odrazu do kroplówki dożylnej.

Dalszych możliwości zmniejszenia ubocznych działań surowicy np. tężcowej dostarcza stosowanie t. zw. fermo-surowicy, to zn. surowicy, w której białka zostają rozłożone na drodze działania zaczynów; w ten sposób ulegają zmniejszeniu cząsteczki pseudoglobulin związanych z przeciwciałami. Przy stosowaniu fermo-surowic *Domrich* i *Hubert*, Klin. Chir. w Berlinie (Ztbl. Chir. 1940 nr. 1) nie stwierdzali więcej choroby posurowiczej.

Prof. dr K. BOHLAND, Bonn.

LECZENIE OSTREGO ZAPALENIA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO PRONTOSILEM

(Referat podług Fortschr. der Therapie 1938, z. 7).

Opierając się na zaobserwowanych przez siebie pomyślnych wynikach stosowania Prontosilu w zakażeniach dróg moczowych pałeczkami okrężnicy, *Bohland* przeprowadził próby podawania Prontosilu rubrum lub album (3 razy dziennie po 2 tabletki) również w zapaleniach dróg żółciowych, które wywołane są najczęściej także przez b. coli. Tak na przykład u pewnej kobiety z utrzymującym się szereg lat zakażeniem pałeczkami okrężnicy dołączyło się w r. 1937 zapalenie pęcherzyka oraz dróg żółciowych. Leczenie Prontosilem przyniosło tu tak dobry skutek, że gorączka zniknęła po 8 dniach, żółtaczka po 14, powiększenie zaś wątroby i śledziony po 4 tygodniach. Pacjentka cierpiała równocześnie w ciągu ostatnich 30 lat na cukrzycę i miewała często zapalenia pęcherzyka żółciowego, żółtaczka jednak pojawiła się dopiero podczas napadu w r. 1937. Obecnie dolegliwości związane z kamicą wątrobową nie powtarzają się już od roku. Również u 3 dalszych kobiet oraz 2 mężczyzn z zapaleniem pęcherzyka żółciowego bez żółtaczki Prontosil doprowadził do ustąpienia gorączki już w ciągu 4 — 5 dni; w ciągu następnych 8 — 10 dni zniknęło powiększenie wątroby i pęcherzyka żółciowego oraz bolesność uciskowa. Niekiedy równocześnie z Prontosilem podawano dla usunięcia stanu kurczowego również papawerynę z Eumydrinem. Pomimo istniejącego w pewnych przypadkach zaparcia unikano podawania siarczanów podczas leczenia Prontosilem, celem uniknięcia sulfhemoglobinemii. Prontosil nie powodował żadnych dolegliwości ani w cierpieniach pęcherzykowych ani też w zakaźnych zapaleniach stawów lub w zapaleniu pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Nigdy nie stwierdzano pojawienia się bólów żołądkowych. Zaburzenia smaku, zaznaczające się w jednym z przypadków, mogły powstać również na podłożu histerycznym.

Podawanie Prontosilu może stwarzać pozory uszkodzenia miąższu wątrobowego, to zn. dodatni odczyn na urobilinogen, ponieważ lek daje czerwone zabarwienie z odczynnikiem *Neubauera*. W dalszym ciągu *Bohland* osiągnął pomyślne wyniki stosowania Prontosilu w róży (w tej grupie również 2 przypadki erysipelas migrans, gdzie obok tabletek stosowano także domięśniowo Prontosil solubile) jak również w zakażeniach dróg moczowych pałeczką okrężnicy. Tak więc u pewnej 80-letniej kobiety w krótkim czasie zdołano przy pomocy Prontosilu usunąć utrzymujący się od 50 lat nieżyt pęcherza. Również i w innych, częstokroć nawracających za-

każeniach dróg moczowych pałeczką okrężnicy udawało się osiągnąć przy pomocy Prontosilu szybką poprawę. W jednym z przypadków, dotyczącym wieloletniego zapalenia stawu skokowego, dzięki leczeniu Prontosilem powiodło się w krótkim czasie przywrócić możność chodzenia.

Prof. dr O. GESSNER, Marburg (Gift und Arzneipflanzen 1931); dr GRIMM (D. Wörterbuch) i in.*)

O CZARNYM BZIE

Czarny bez (sambucus nigra) posiada cały szereg różnych nazw ludowych. Nazwa łacińska sambucus nigra znana jest już od czasów Pliniusza. Krzewy bzu czarnego spotkać można w ogrodach wieśniaków wszystkich krajów wspomnianych w Capitulare de villis *Karola Wielkiego* (768—814).



Czarny bez kwitnący w ogrodzie obok apteki.

Nawet w okresie kamienia — za czym przemawiają wykopaliska koło Berna — owoce bzu czarnego miały być używane do farbowania. *Pliniusz*

*) patrz również H. Hoffmann, Drezno (Med. Welt 1937, nr. 50).

pisze na przykład, że czerniono włosy przy pomocy jagód bzu czarnego. Również Germanie mieli rzekomo farbować przy pomocy soku bzu zarówno obrazy bogów jak i swe własne oblicza (*Tschirch*, Pharmacognosie II str. 57).

Wskutek swego długiego współżycia z ludźmi również czarny bez stał się, podobnie jak jałowiec, rośliną czczoną i świętą; ścięcie bzu czarnego uchodzi wśród górali za czyn pociągający za sobą śmierć sprawcy; umiera on najpóźniej po 3 dniach od swego występku. „Z bzu czarnego wolno jest jedynie zdjąć korę“ mówi powiedzenie ludowe. W dolnej Saksonii używa się bzu czarnego jako palmę (w. niedzielę palmową) po czym w czasie niepogody wrzuca się ową palmę do ognia na kominie. Czarny bez miał również stać w miejscach, w których odbywały się sądy (np. w Melle około r. 1290), ponieważ pod jego gałęźmi można było łatwiej dociekać tajemnic.



Czarny bez podług zielnika *Lonicera* z r. 1716.



Przed zbiorem owoców bzu czarnego podług *Havenitha*.

Już w 5. i 4. stuleciu przed Chrystusem był znany czarny bez zwolennikom *Hippokratesa* jako środek przeczyszczający, moczopędny oraz działający na narządy płciowe kobiece. *Dioskurides* poleca korzenie bzu czarnego jako środek moczopędny oraz leczący ukąszenia żmij; świeże liście w postaci okładów zapobiegają zdaniem jego zapaleniom, natomiast liście podane w postaci jarzyny stanowią środek żółciopędny. Z podobnymi poglądami spotykamy się w dalszym ciągu u *Pliniusza*, który leczy odrę biczowaniem gałązkami bzu czarnego. *Albertus Magnus* (1193 — 1280) posiada dość dziwaczne poglądy: kora obskrobywana z dołu do góry stanowi środek wymiotny; w razie odwrotnego obskrobywania ta sama kora staje się środkiem rozwalniającym *). Pomimo tego jednak autor zdaje się mieć o tyle słuszność, że kora działa równocześnie jako środek rozwalniający i

wymiotny. Lek ten znany już *Hippokratesowi* był również stosowany przez *Paracelsusa*. Spośród działań ubocznych woni kwiatów bzu wymienia nieco później *Lonicer* (1576) bóle głowy i krwawienia z nosa. Jeszcze dzisiaj w medycynie ludowej poszczególne części bzu czarnego odgrywają rolę leków przeciwko przeziębieniu (np. w Westfalii), puchlinie wodnej, chorobom nerek i pęcherza, kamicy, dnie, gośćcowi i zaparciu.

Podania ludowe bardzo często zajmują się czarnym bzem, ponieważ zdaniem ich istnieje możność przenoszenia cierpień z ludzi na ową roślinę. Krzew czarnego bzu, rosnący przed stajnią, zatrzymuje również złe duchy. Spośród znanych nauce składników bzu czarnego znana jest d-sambunigryna, będąca d-amygdaliną, wytwarzającą kwas cyjanowodorowy; w liściach znaleźć można koniinę, w kwiatach saponinę oraz olejek eteryczny, jak również w korze drastycznie działającą żywicę. Spożycie świeżej kory mogłoby zatem wywołać rozwolnienie i wymioty. Kwiaty bzu czarnego są znanym składnikiem ziół rozwalniających; już *Hippokrates* miał polecać sok z liści bzu czarnego jako dietetyczny środek rozwalniający. Wysuszone owoce mają również w medycynie ludowej znajdować zastosowanie jako środek rozwalniający oraz moczopędny, napar kwiatów ma przeciwdziałać zakażeniom nieżytowym. O dalszych możliwościach stosowania bzu czarnego donosi późniejsze piśmiennictwo (p. *Madaus*, Heilpflanzen III 2418), polecając go jako środek przeciw padaczce, napotny, przeciwneuralgiczny np. w nerwobólu nerwu trójdzielnego i rwie kulszowej jak również dychawicy oskrzelowej. Kwiaty bzu czarnego z nielicznymi wyjątkami są do nabycia w aptekach wszystkich krajów świata.



Lekarz u mężczyzny z bólami głowy podług *Chodowieckiego* (1726 — 1801).

*) Działanie powyższe wzbudza zainteresowanie również z punktu widzenia toksykologii, jak o tym świadczy opis zatrucia sokiem jagód bzu czarnego, które przebiegało wśród wymiotów i rozwolnień (*Führer*, Bonn, Med. Welt 1939, nr. 8).

SULFAPYRIDIN

(Referat podług sprawozdania pracowni naukowych „Bayer“ w Leverkusen).

Wykrycie przetworów Prontosilu oraz uprzystępnienie lecznictwu całego świata chemicznej grupy sulfamidowej, będące zasługą *Domagka, Klarera i Mitzscha* z zakładów „Bayer“ w Elberfeldzie, stanowi epokowy postęp w zwalczaniu chorób ogólnych na tle bakteryjnym.

Dalsze prace na tym polu doprowadziły do wytworzenia przetworów *Uliron* i *Neo-Uliron*, a więc środków oznaczających, jak wiadomo, całkowity przewrót w dziedzinie leczenia rzeżączki.

Klarer i *Mietzsch* są również autorami koncepcji połączenia sulfonamidów ze związkami aminopirydynowymi w celu zwiększenia wzgl. zmodyfikowania skuteczności tych środków w chorobach bakteryjnych. Już w r. 1932 wytworzyli oni ciała tego rodzaju i przekazali je *Domagkowi* do dalszego zbadania. Tak więc np. w zasadniczym patencie Nr 607537 z dnia 25 grudnia 1932 opisane są substancje, w których reszta aminopirydynowa jest połączona z sulfonamidem przy pomocy 2 atomów azotu.

W 6 lat później została ze strony angielskiej opublikowana propozycja wykonania powyższego połączenia przy pomocy grupy sulfonowej. Powstaje przy tym przetwór nazwany mianem Sulfapyridin. Produkt ten, jak stwierdzają badania kliniczne i eksperymentalne, wywiera silne działanie na zakażenia pneumokokowe, przy czym nie ma prawie żadnych różnic odnośnie do poszczególnych typów pneumokoków, biorących udział w zakażeniu. Przetwór odznacza się również godną uwagi skutecznością w stosunku do infekcji menigokokowych oraz gonokokowych. Pod nazwą *Sulfapyridin* „Bayer“ wytwarzana jest obecnie dla użytku lecznictwa powyższa pochodna pirydynowa *Prontalbinu*, zawierająca w jednej tabletce 0,5 g α-(p-aminobenzolsulfonamido)-pirydyny oraz 1,09 g (p-aminobenzolsulfonamido)-pirydynianu sodowego odpowiadającego 1 g Sulfapyridinu w ampułce o pojemności 5 cm^3.

Zakres stosowania przetworu *Sulfapyridin* rozciąga się w pierwszym rzędzie na zapalenie płuc krupowe i nieżytowe, zapalenie opon mózgowych na tle pneumokokowym i meningokokowym.

Zasadnicze znaczenie dla chemoterapii zakażeń pneumokokowych i meningokokowych przy pomocy przetworu Sulfapyridin posiada świadomość faktu, że najlepsze wyniki można uzyskać dzięki możliwie wczesnemu leczeniu, przeprowadzonemu przy pomocy dostatecznie wysokich dawek. Dlatego też w każdym przypadku należy przekładać leczenie krótkotrwałe dawkami wystarczająco dużymi nad dłuższe stosowanie dawek rozdrobnionych. Dawki lecznicze, uzależnione od rodzaju infekcji oraz ciężkości przypadku, podaje się najbardziej celowo w ciągu tygodnia, zgodnie z podanymi poniżej zasadami dawkowania.

Sulfapyridin wydziela się częściowo w postaci swego związku acetylowego. Połączenie to jest najtrudniej rozpuszczalne ze wszystkich poznanych dotąd pochodnych acetylowych przetworów zawierających sulfonamidy. Dlatego też w celu uniknięcia krystalicznego wydzielania się powyższego połączenia w drogach moczowych, poleca się na ogół przyjmować wiele płynów w czasie leczenia preparatem Sulfapyridin oraz zażywać każdą dawkę na wodzie z ca. 1/4 — 1/2 łyżeczki od herbaty natrium bicarbonicum.

W czasie kuracji przetworem Sulfapyridin należy unikać wód zawierających siarkę, bądź środków czyszczących, jak woda gorzka, sól glauberska i in., ponieważ przyjmowanie ich zmniejsza tolerancję na lek.

U bardziej wrażliwych pacjentów, którzy mimo tego dostają nudności lub wymiotów pod wpływem leczenia preparatem Sulfapyridin, można często bez większych trudności usunąć powyższe niedomagania podawaniem przetworu w sokach owocowych lub w kleikach. Jeżeli jednak i w ten sposób nie udaje się osiągnąć zadawalniającej tolerancji na podawanie doustne, wówczas poleca się zastosować preparat bądź pozajelitowo (dożylnie lub domięśniowo) bądź też w postaci wlewki. Per clysmam wlewa się 3 — 4 g (6 — 8 tabletek po 0,5 g) w letniej wodzie.

Dawki dzienne należy zmniejszać u osobników słabowitych oraz schorowanych. Jeśliby w czasie leczenia preparatem Sufapyridin wystąpiły silniejsze objawy uboczne, jak powtarzające się wymioty, znaczniejsza sinica lub bóle głowy, wysypki lub zaburzenia w oddawaniu moczu, wówczas należy zupełnie przerwać podawanie leku. W przypadkach z jednoczesnym uszkodzeniem nerek należy od samego początku unikać stosowania przetworu. Natomiast ciąża nie stanowi przeszkody dla przyjmowania leku.

Odnośnie do dawkowania najbardziej racjonalnym okazał się następujący schemat:

Zakażenia pneumokokowe:

W ciągu pierwszych 24 godzin:
Dorośli: 7 g (natychmiast 2 g, w dalszym ciągu co 4 godziny po 1 g).
Dzieci do 3 lat: łącznie 0,15 g na kg podzielone na 3 — 4 dawki.
Dzieci powyżej 3 lat otrzymują w zależności od wieku i ciężkości choroby 1/4 — 1/2 dawki dla dorosłych.
2. dzień leczenia: dorośli 4 g (co 6 godzin po 1 g).
Dzieci: jak 1. dnia.
3. dzień leczenia: dorośli jak 2. dnia.
Dzieci: 0,1 g na kg.
4. dzień leczenia: dorośli 3 g (co 8 godzin po 1 g).
Dzieci jak 3. dnia.
Wpływ na przebieg zapalenia płuc osiągnięty w ten sposób w 4. dniu

leczenia rozstrzyga, w jakim stopniu należy zmniejszyć dawkowanie, lub też nawet czy przetwór można całkowicie odstawić. W razie szczególnie ciężkiego przebiegu zapalenia płuc, podczas którego należy oczekiwać powikłań, bądź też w razie wystąpienia powikłań, poleca się kontynuować leczenie aż do poprawy stanu chorobowego. Dawki dzienne powinny wynosić tu u dorosłych 3 — 4 g, u dzieci zaś około 0,1 g/kg. U dorosłych nie powinno się przy tym przekraczać ogólnej ilości 20 g, u dzieci zaś w zależności od wieku 12 g, przy czym należy kontrolować tolerancję ogólną.

W razie potrzeby szybszego zadziałania leku: dożylne lub domięśniowe wstrzykiwania 1 — 3 ampułek = 1 — 3 g dziennie. Przy trudnościach w podawaniu doustnym: leczenie pozajelitowe lub doodbytnicze. Dawki doodbytnicze powinny conajmniej odpowiadać dawkom doustnym.

Zakażenia meningokokowe:

W leczeniu meningokokowego zapalenia opon mózgowych przetworem Sulfapyridin należy pamiętać, że spadek gorączki nie stanowi kryterium stopnia osiągniętej poprawy. Dlatego bardziej miarodajnym wskaźnikiem postępów leczenia jest wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego, od którego powinno się uzależniać dalsze postępowanie, to zn. wysokość dawkowania oraz czas stosowania leku.

W meningokokowym zapaleniu opon mózgowych poleca się zarówno u dzieci jak i u dorosłych stosowanie preparatu podług tych samych wytycznych dawkowania co i w zapaleniu płuc. Nie należy wstrzykiwać roztworu Sulfapyridin dolędźwiowo!

Rzeżączka: W ciągu 4 dni należy przyjąć 24 tabletki Sulfapyridinu po 0,5 = 12 g, to znaczy 3 × dziennie po 2 tabletki (pierwsze uderzenie lecznicze); w razie potrzeby można zastosować parę uderzeń, jednak nie więcej niż 3 uderzenia lecznicze po 24 tabletki każde. W międzyczasie włącza się przerwy trwające co najmniej 7 dni. Dodatkowe leczenie miejscowe wzgl. szczepienie przynosi częstokroć pożytek, nie jest jednak rzeczą niezbędną.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA STANÓW ZAPALNYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH ORAZ CHORÓB BAKTERYJNYCH PRZEWODU POKARMOWEGO

Referat zbiorowy (Bohland, Schmidt, Rosengart, Buchholz i in.).

Cel postępowania internistycznego w chorobach dróg żółciowych wyraża się w pierwszym rzędzie w wysiłkach zdążających do opanowania ostrego napadu i przeprowadzenia go w okres łagodniejszy; dalej — do

unikania błędów dietetycznych, zapobiegania ew. infekcji woreczka żółciowego i dróg żółciowych, wzmożenia czynności wydzielniczej żółci wraz z jej odpływem oraz uregulowania czynności przewodu pokarmowego.

W związku z tym nasuwa się konieczność stosowania przede wszystkim środków o działaniu przeciwbólowym, odkażającym, przeciwskurczowym, powodującym rozwolnienie i ew. wydalanie kamieni.

W myśl zasady, że przez kombinację różnych leków w jednym przetworze uzyskuje się spotęgowanie ich działania, wytwarzane jest na podstawie najnowszych doświadczeń farmakoterapeutycznych doskonałe cholagogum pod nazwą Choleflavin.

Choleflavin zawiera w swym składzie Trypaflavin jako środek odkażający, papaverin. hydrochlor. jako środek przeciwskurczowy, oleum menth. pip. i podophyllinę jako składniki zwiększające czynność wydzielniczą.

Działanie Choleflavinu jest natychmiastowe. Nie obserwuje się żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych, jak stomatitis, foetor ex ore, podrażnienia błon śluzowych. Choleflavin działa przeciwbólowo, przeciwskurczowo, żółciopędnie, rozwalniająco i w wysokim stopniu odkażająco na woreczek żółciowy, drogi żółciowe i przewód pokarmowy.

Działanie Choleflavinu jest uwarunkowane:

1. Własnościami antyseptycznymi i bakteriobójczymi Trypaflavinu; zapobiega on powstawaniu zakażenia; isniejące już zakażenie znika szybko pod wpływem Trypaflavinu;

2. przeciwkurczowym działaniem papaweryny na mięśniówkę dróg żółciowych (sphincter Oddi), przez co prowadzi do szybkiego odpływu żółci z woreczka żółciowego;

3. działaniem żółciopędnym ol. menth. pip. i podophylliny. Podophyllina działa poza tym w stosowanej dawce lekko przeczyszczająco.

Już w roku 1919 wskazywał *Bohland* na możliwość działania odkażającego Trypaflavinu w miejscach jego wydzielania a więc w nerkach, wątrobie, płucach, i dlatego prowadził do badań w tym zakresie — w infekcyjnych chorobach nerek, dróg moczowych, wątroby i dróg żółciowych. Przypuszczenia jego potwierdzili na podstawie własnych badań i spostrzeżeń *v. Schmidt* i *Rosengart*. *Schmidt* opisuje przypadki zapalenia woreczka żółciowego (cholelithiasis i cholangitis) oraz liczne przypadki zapalenia dróg żółciowych, które leczył wstrzykiwaniami dożylnymi Trypaflavinu z najlepszym skutkiem. *Rosengart* określa Trypaflavin na podstawie swoich licznych doświadczeń jako szybko wchłaniający się środek odkażający żółć.

Buchholz zaleca płukanie jelit Trypaflavinem poprzez dwunastnicę w przypadkach dyspepsji gnilnej białka, w enterocolitis chronica oraz colitis ulcerosa, o ile przypuszcza się udział w infekcji gramododatnich drobnoustrojów, szczególnie paciorkowców i beztlenowców. Jak wykazały nowsze badania, posiada Trypaflavin poza silnym działaniem odkażającym rów-

nież własności spazmolityczne, co potęguje jeszcze silniej działanie papaweryny.

Według *Braitmeiera* skład Choleflavinu daje pewność doskonałego działania na stany zapalne, zakażenie, kolkę, czynność wydzielniczą żółci i prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego.

Na jednym z posiedzeń lekarskich w Frankfurcie n/M. mówił *Rosengart* o Choleflavinie co następuje:

„Na mocy doświadczeń przy łóżku chorego dążymy w napadzie kamicy żółciowej raczej do rozluźnienia skurczu zwieracza, niż do spowodowania kurczenia się woreczka żółciowego. Dlatego skład Choleflavinu jest nadzwyczaj celowy i skuteczny:

papaweryna rozluźnia zwieracz, ol. menth. pip. działa silnie żółciopędnie, szczególnie w połączeniu z podophylliną, a Trypaflavin jest, jak już często podkreślano, szybko resorbującym się środkiem dezynfekującym żółć".

W 1930 roku podkreślał *Moldenschardt*, że Choleflavin rozluźnia skurcz dróg żółciowych znacznie lepiej, niż inne środki o podobnym działaniu.

Z wyżej powiedzianego wynika, iż wskazaniami do stosowania Choleflavinu są: cholelithiasis, cholangitis, cholecystitis, icterus infectiosus oraz infekcyjne schorzenia przewodu pokarmowego.

Z reguły podaje się 3 razy dziennie po 2 perełki z wodą na 15 min. przed posiłkiem. Uwzględniając codzienne wypróżnienia, można dawkę podnieść do 3 razy dziennie do 3 — 4 perełek. W tym wypadku należy się liczyć z częstym opróżnianiem się przewodu pokarmowego.

W. THIELE, Poliklinika Lekarska w Rostocku.

O LECZENIU I ROZPOZNAWANIU LŻEJSZYCH POSTACI NADCZYNNOŚCI GRUCZOŁU TARCZOWEGO

Referat podług Psych.-neurol. Wschr. 1941, nr 19, str. 195.

Cechującym objawem nadczynności gruczołu tarczowego jest wzmożenie podstawowej przemiany materii, przy czym *Thiele* nie uznaje w ogóle zwyżek dosięgających 25% za zjawisko patologiczne. Z drugiej strony nieobecność wzmożenia przemiany materii obok innych objawów nadczynności tarczycy nie przemawia przeciwko słuszności rozpoznania. Podczas gdy w chorobie Basedowa rozpoznanie nie nastręcza trudności ze względu na wyraźne objawy, rozgraniczenie pomiędzy lżejszymi postaciami nadczynności tarczycy a zwykłą dystonią wegetatywną udaje się przeprowadzić w oparciu o przytoczony poniżej schemat:

	Nadczynność tarczycy	Dystonia wegetatywna
Podmiotowo	uczucie gorąca	ziębnięcie
Skóra	zaczerwieniona	blada
Kończyny	ciepłe	chłodne
Serce	trwałe przyspieszenie tętna	tachykardia wysiłkowa
Ciśnienie krwi	duża amplituda ciśnienia	mała amplituda ciśnienia
Łaknienie	najczęściej bardzo dobre	złe
Waga	spadek	stała lub nieznaczny spadek

Nieobecność dającego się stwierdzić powiększenia gruczołu tarczowego nie przemawia przeciwko nadczynności tarczycy, możemy wszakże mieć do czynienia z gruczołem powiększonym zamostkowo. Wytrzeszcz spotyka się, nie jest on jednak objawem nieodzownym, znacznie częstszy natomiast jest „wilgotny blask oczu“ (oko błyszczące z rozszerzoną źrenicą wskutek wzmożonego napięcia nerwu współczulnego). Przyspieszenie tętna bywa niekiedy jedynym objawem wskazującym na właściwe rozpoznanie. Spośród innych objawów stwierdza się pocenie się już pod wpływem najmniejszego wzruszenia, wzmożenie odruchów, delikatne drżenie, rozwolnienia, wypadanie włosów, wielomocz, zaburzenia miesiączkowania, silną pobudliwość psychiczną oraz zmienność nastrojów, bezsenność. W leczeniu poleca *Th.* dietę obficie węglowodanową, zabrania nadużywania nikotyny, alkoholu, kawy i herbaty, stosuje pożywienie bezsolne, zmianę środowiska, jako leki uspokajające brom, walerianę i wapń; wskazane są również mieszaniny wilczej jagody z ergotaminą. Prominal, polecany już choćby ze względu na swe własności obniżania przemiany materii, może przyczyniać się do znacznego uspokojenia pacjentów z nadczynnością gruczołu tarczowego. Lek należy podawać w ilościach nie działających nasennie, któremu to warunkowi odpowiadają dawki 3 razy dziennie po 0,06 — 0,1 g. Niepokój oraz stany lękowe ustępują; waga ciała wzrasta. Prominal działa najlepiej w tych przypadkach, w których na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia psychiczne. W silnie zaznaczonym przyspieszeniu tętna podaje *Th.* z dobrym skutkiem 0,1 — 0,2 g chinidyny, 3 razy dziennie w połączeniu z Prominalem. Również można podawać witaminy (A, B_1, C), aczkolwiek po tego rodzaju leczeniu nie należy oczekiwać przyczynowego wpływu na istotę choroby.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Zapotrzebowanie witaminy A w gośćcowym zapaleniu stawów.

U pacjentów z gośćcem stawowym istniało niewątpliwe upośledzenie adaptacji w ciemności, co przemawia za niedoborem witaminy A. 30% osób z miernym lub ciężkim niedoborem A nie wykazywało żadnych wyraźniejszych objawów klinicznych (kseroftalmia, keratomalacja). Kurza ślepota została stwierdzona tylko w jednym przypadku; kilku chorych uskarżało się na nyktalopię. Pod wpływem podawania witaminy A nie stwierdzono wybitniejszych zmian klinicznych; ponieważ jednak adaptacja w ciemności jest wyraźnie upośledzona u chorych gośćcowych, przeto na wszelki wypadek lepiej jest stosować w gośćcu stawowym witaminę A dla usunięcia hipowitaminozy. Niektórzy pacjenci z zapaleniem stawów wymagali dla osiągnięcia prawidłowej adaptacji w ciemności ilości witaminy A przekraczającej 4 — 10 razy jej zawartość w zwykłym pożywieniu. Pozostaje jeszcze rzeczą nie rozstrzygniętą, czy wzmożone zapotrzebowanie witaminy A jest wyrazem istotnie zwiększonego jej zużycia, czy też polega na unieczynnieniu witaminy A.

Dr M. G. Hall, dr Milton (Mass.); *dr T. B. Bayles i dr Ph. Soutter*, Boston.
(New Engl. Journ. Med. Boston 1940, t. 223; Journ. Am. Med. Ass. 1940 t. 115)

Rak a witaminy.

Mała zawartość witamin w pożywieniu ma w znacznym stopniu hamować rozwój raka. Odpowiednio do tego można również przy pomocy głodówek zapobiec powstawaniu nowotworu. Brak witamin oraz innych ciał zapobiegających rozwojowi raka może być niejednokrotnie obojętny w przypadkach nowotworu już istniejącego. Wydaje się, że zarówno awitaminoza jak i hiperwitaminoza wywiera jednakowe działanie hamujące rozwój nowotworu; natomiast powstawanie wznowy ma być szczególnie ułatwione w razie hiperwitaminozy. Zupełnie sprzeczne są dane o znaczeniu witaminy A (karotyny) dla wzrostu nowotworu. Jedni badacze stwierdzają zahamowanie, inni natomiast znajdują stan odwrotny. Obecność zespołu witaminy B (B_1, przede wszystkim Lactoflavin) wywiera, jak tego dowodzą, wpływ pobudzający, brak zespołu zaś wpływ hamujący wzrost nowotworów. Dane odnośne do witaminy C oraz jej wpływu na nowotwory są jeszcze bardzo sprzeczne; w doświadczeniach stwierdzano jakoby pobudzenie wzrostu, inni badacze natomiast nie mogą potwierdzić tych danych. Vigantol ma hamować wzrost nowotworów; wpływ pobudzający wywierać ma dieta krzywicza, a więc nie zawierająca witaminy D. Na ogół należy powiedzieć, że badania wpływu witamin na wzrost nowotworów nie dały jeszcze zgodnych wyników.

Dr Steigerwaldt,
Klin. Wewn. w Monachium.
(Fortschr. Ther. 1940 nr 10)

O bólach głowy i migrenie.

Przeciwko zwykłym bólom głowy poleca *Curschmann* przede wszystkim usunięcie czynnika przyczynowego (przemęczenie wzroku, zapalenie migdałków podniebiennych, zakażenie ogniskowe i in.). W migrenie każdy posiada „własny środek“ dla zwalczania napadu: Aspirin,

Pyramidon lub Migränin i t. d. W stosowaniu na dłuższą metę zdobyły sobie uznanie Luminal (0,1 dziennie) lub Prominal, które przynoszą szczególnie dobre wyniki. Zawiodły natomiast leki hormonalne; jedynie w hipogenitalizmie działa pomyślnie stosowanie follikuliny (Unden i in.).

Prof. dr H. Curschmann, Rostock.
(Med. Welt 1940 nr 44)

Owrzodzenia jelit cienkich w niedokrwistości złośliwej.

U pewnej 52-letniej kobiety z niedokrwistością złośliwą, która dobrze oddziaływała na wyciągi wątrobowe (Campolon) nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zakrzepu naczyń wieńcowych serca. Podczas sekcji stwierdzono między innymi obecność owrzodzeń w jelicie cienkim. Również u pewnego 2. chorego, który po leczeniu Salvarsanem otrzymywał z dobrym wynikiem Campolon z powodu istniejącej również niedokrwistości złośliwej, pojawiły się owrzodzenia jelita cienkiego; owrzodzenia te uległy przedziurawieniu i pociągnęły za sobą śmiertelne zapalenie otrzewnej. *Schairer* przyjmuje, że owrzodzenia jelita cienkiego nie stanowią bynajmniej rzadkości w niedokrwistości złośliwej; autor ten jest również zdania, że niedokrwistość złośliwa sprzyja powstawaniu gruźlicy jelit.

Dr E. Schairer, Zakł. Pat. w Jenie.
(Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1940 t. 187)

Duszność nocna chorych sercowych i jej leczenie.

Duszność pojawiająca się w nocy u chorych sercowych jest głównie wywołana przyczynami natury mechanicznej; wysokie ustawienie przepony w pozycji leżącej, wzmożony dopływ krwi do płuc, wsysanie się wysięków w spokoju, gdy chory leży, i t. d. W celu przeciwdziałania duszności nocnej proponuje *Klinkert* leżenie w łóżku w pozycji bardziej pionowej, przesunięcie głównych posiłków na okres południa oraz zwalczanie obrzęków przy pomocy Salyrganu, rtęciowego środka moczopędnego.

Dr D. Klinkert, Rotterdam.
(Ned. Tijd. v. Geneesk. 1940 t. 84)

Wyleczenie blastomycosis maligna.

Pewien chory z blastomycosis (zakażenie grzybkiem sporothrix gardła) był początkowo bezskutecznie leczony przy pomocy Fuadinu, jodku potasu, Cantanu oraz Rivorenu. W dalszym ciągu, wobec obrazu chorobowego podobnego do gruźlicy, zastosowano leczenie Lopionem. Zaznaczyła się pewna poprawa; ostateczne wyleczenie zostało osiągnięte dzięki podawaniu Prontosilu solubile oraz Prontosilu rubrum.

Dr C. B. Schröder,
Victoria, Brazylia.
(Arch. Schiffs- u. Trophyg. 1940, z. 10)

Śmierć z powodu zatrucia chloranem potasu.

Pewien mężczyzna chorował na nerki, przy czym lekarz zalecił mu zastąpienie używanego zwykle do potraw NaCl przez KCl, która to sól jest szybciej wydalana z organizmu niż sól kuchenna. Pacjent miał spożywać codziennie po 10 g KCl; wkrótce stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu i nastąpiło rychłe zejście śmiertelne. Dopiero teraz wyszło na jaw, że pacjent zamiast przepisanego chlorku potasu (KCl) otrzymał w aptece chloran potasu ($KClO_3$); w ciągu 3 dni chory zażył około 30 — 35 g trucizny.

Dr Cochrane i *dr Smith,*
(Canad. med. Il. 1940, Samml. Vergift. 1940)

Leczenie miejscowe ostrego zapalenia pęcherza.

W leczeniu ostrego zapalenia pęcherza stosował *Hoff* środki wewnętrzne. Pod koniec leczenia wzgl. w przewlekłym zapaleniu pęcherza wykonywane były jeszcze płukania wodą z źródła Karola z Biskirchen ((pH 6,18) (woda podobna do wody ze źródła Heleny w Wil-

dungen). Przepłukuje się 1 — 2 razy dziennie, częstokroć wystarczą 5 — 6 przepłukiwań, niekiedy należy ich wykonać 20 lub więcej. Obecnie nie można jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób woda mineralna działa na pęcherz.

Dr F. Hoff, Würzburg,
(Fortschr. d. Ther. 1940 z. 9)

Odczyny alergiczne podczas pielografii dożylnej.

Podczas pielografii dożylnej przy pomocy Per-Abrodilu dochodzi częstokroć do działań ubocznych jeszcze przed samym zabiegiem. Już przygotowania do zabiegu (założenie opaski na ramię, nakłucie żyły) mogą przyczynić się do powstania nudności, podniecenia, zblednięcia, zlewnych potów, lekkiego zapadu. Objawy powyższe ustępują jeszcze przed wstrzyknięciem Per-Abrodilu. W razie zbyt szybkiego wstrzykiwania pojawiają się bóle naczyniowe wskutek działania roztworu hipertonicznego. Z chwilą pojawienia się wspomnianych zaburzeń *v. Braunbehrens* czeka na ich ustąpienie, jeżeli zaś objawy te utrzymują się w ciągu dłuższego czasu, autor rezygnuje w ogóle z wykonania wstrzyknięcia. Podczas poprzednich badań porównawczych z innymi środkami kontrastowymi okazało się, że Per-Abrodil wywołuje najmniejsze zaburzenia podmiotowe. Częstokroć nasuwały się duże trudności w rozróżnianiu pomiędzy zaburzeniami, które należałoby wiązać z hipertonią roztworu a zmianami natury alergicznej. Pomimo tego jednak rozpoznanie objawów alergicznych posiada dużą wagę, gdyż ich lekka postać (pokrzywka) poddaje się znacznie skuteczniej leczeniu niż odmiana ciężka. *v Braunbehrens* przypuszcza, że przy pomocy podawania doustnie Per-Abrodilu można rozpoznać ciężką alergię; natomiast zdaniem tego autora proponowane przez *Jungmichla* uprzednie wstrzykiwanie 1 cm³ (dożylnie) nie jest w stanie całkowicie zapobiec niebezpieczeństwu w najcięższej alergii. Dowodzi tego również przypadek *Dolana* (J. A. M. A. 1940), który był świadkiem zejścia śmiertelnego po wstępnym wstrzyknięciu 3 cm³ pewnego preparatu amerykańskiego. Zamiast wstępnej próby z podaniem 0,5 g Per-Abrodilu doustnie (co do której wykonania niektórzy pacjenci wzbraniają się ze względu na gorzki smak leku) *Braunbehrens* doradza stosowanie Per-Abrodilu w dawkach po 0,1 g; w odstępach 10 — 15 minutowych należy przyjąć 5 dawek. Obok Per-Abrodilu również inne środki kontrastowe, zawierające jod, mogą przyczynić się do wystąpienia objawów ubocznych natury alergicznej. Należy również uwzględniać ilość wstrzykniętego leku; wystarczająca jest dawka 20 cm³ (35%), u asteników wystarcza nawet 10 cm³, u dzieci oczywiście jeszcze mniej. Ponieważ status thymolymphaticus może również być przyczyną nadwrażliwości, przeto *Jungmichel* zaproponował także ustalenie tego stanu przy pomocy promieni Röntgena. *v. Braunbehrens* odrzuca to jednak, ponieważ przetrwała grasica nie daje objawów rentgenowskich. Ogólna śmiertelność przy pielografii dożylnej wynosi 1 : 50 000; odczynów alergicznych nie można całkowicie uniknąć pomimo największej ostrożności.

Dr H. v. Braunbehrens,
Klin. Wewn. Freiburg.
(M. M. W. 1940 nr 44)

Leczenie zapalenia opłucnej.

Ropne zapalenie opłucnej leczono zmodyfikowaną metodą *Morelliego* (płukanie roztworem Dakina), wstrzykując doopłucnie 5%-owy roztwór Prontosilu solubile jak również wprowadzając powietrze do jamy opłucnej celem utrzymania w niej odpowiedniego ciśnienia. Wyniki osiągnięte w powyższy sposób doprowadzały nieomal w 100% do wyleczenia, które ponadto następowało znacznie szybciej niż pod wpływem postępowania czysto chirurgicznego. Ponieważ Prontosil podawany per os nie zapobiega powstaniu ropnego zapalenia

opłucnej, ani też nie leczy już istniejącej sprawy chorobowej, przeto należy wyciągnąć wniosek, że opłucna jest nieprzepuszczalna dla leku (z zewnątrz do jamy opłucnej); z drugiej strony nakłucie opłucnej, wykonane w pewien czas po dokonanym wstrzyknięciu Prontosilu do opłucnej, nie stwierdziło już obecności leku w wydobytym płynie, wobec czego należy przypuścić przepuszczalność opłucnej w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz.

Dr L. Ursu i dr D. Rosca,
Hermannstadt.
(Sibiul Medical 1940 t. 6)

Ciała obce w przełyku.

Nie jest żadną nowością fakt, że ciała obce po połknięciu zatrzymują się niekiedy w przełyku; przecie do rzadkości należy wieloletnie pozostawanie ciał obcych w przełyku, przy czym pomimo wszelkich możliwych dolegliwości obecność ciał tych może pozostać nierozpoznana. Tak na przykład *L. v. Friedrich* leczył pewną 16-letnią dziewczynę, która została skierowana do niego z powodu dawnego poparzenia ługiem (w 2. roku życia). Zapomniano natomiast, że dziecko w 6. roku życia połknęło monetę rublową, która stanowiła pamiątkę ojca z niewoli rosyjskiej. Wskutek dawniejszego poparzenia ługiem oraz związanych z tym zwężeń przełyku moneta nie zdołała przedostać się do żołądka, zatrzymując się przed przewężeniem i powodując szereg dolegliwości w ciągu kilku lat. Dopiero po długim czasie badanie rentgenowskie stwierdziło przyczynę utrudnienia połykania, po czym moneta została wydobyta.

Dr L. v. Friedrich, Budapeszt.
(Gastroenterologia 1940 t. 65)

Ciała obce w ustroju.

Ciała obce dostają się do ustroju po przez jego otwory naturalne wskutek wprowadzenia ich tam dla psoty, zabawy, wskutek nieszczęśliwego przypadku lub też całego szeregu innych przyczyn. W razie pozytywnego wyniku badania promieniami Röntgena, rozpoznanie ciał obcych częstokroć nie nastręcza trudności. Natomiast wykrycie ciał obcych z szkła, drzewa oraz podobnych materiałów może być bardzo trudne, ponieważ tworząca je materia jest przepuszczalna dla promieni Röntgena. Nawet kawałki blachy mogą pozostać nie rozpoznane, jak o tym poucza historia pewnego dziecka, u którego w ciągu 1½ roku utrzymywały się objawy ropnego zapalenia płuc, wiodącego ostatecznie do zejścia śmiertelnego. Początkowo od dziecka nie można było dowiedzieć się czegokolwiek o połknięciu zabawki z blachy, zaś wynik badania rentgenowskiego został zainterpretowany jako cień zwapniałego ogniska; wprawdzie z czasem zostało ustalone właściwe rozpoznanie, jednak dziecka nie udało się już uratować. Również niewielkie odłamki kości przedostające się do tchawicy częstokroć źle odcinają się w obrazie rentgenowskim. W otworach naturalnych ciała znajdowano już najdziwaczniejsze przedmioty m. in. kieliszki oraz łyżki stołowe w jelicie grubym. Pewne ciała obce mogą wędrować w ustroju, wskutek czego przedmioty wepchnięte do pęcherza moczowego znaleźć można niekiedy nawet w miedniczce nerkowej (!). Również podczas operacji mogą pozostać w ustroju pozostawione przez zapomnienie ciała obce w postaci narzędzi lekarskich oraz tamponów. Aby tego rodzaju przedmioty udostępnić badaniu promieniami rentgenowskimi domagano się już od dawna impregnowania tamponów, gazy i t. p. przy pomocy substancji kontrastowych.

Dr H. v. Spindler,
Berlin-Steglitz.
(Zschr. ärztl. Fortb. 1940 nr 16)

Wydawca: »Bayer« -PHARMA
Warschau, Helgolandstr. 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

TREŚĆ:

Str.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: